

пациентов по мере необходимости и 5% пациентов стоматолога не посещают.

Заключение.

1. Очаги хронической инфекции ротовой полости являются как факторами риска возникновения, так и факторами, отягощающими течение ССЗ.

2. С целью устранения очагов хронической инфекции необходим комплексный подход (санация полости рта в плановом порядке, а также обязательная санация перед кардиохирургическим вмешательством, посещение врача-стоматолога 1 раз в три месяца) к лечению и профилактике заболеваний органов ротовой полости у пациентов с ССЗ.

Литература:

1. Deshpande, R. G. Invasion strategies of the oral pathogen porphyromonas gingivalis: implications for cardiovascular disease / R. G. Deshpande, M. Khan, C. A. Genco // Invasion Metastasis. – 1998. – N 18. – P. 57–69.

2. Stinson, M. W. Invasion and killing of human endothelial cells by viridans group streptococci / M. W. Stinson, S. Alder, S. Kumar // Infect Immun. – 2003. – N 71 – P. 2365–2372.

3. Inflammation, heat shock proteins and periodontal pathogens in atherosclerosis: an immunohistologic study / P. J. Ford [et al.] // Oral Microbiol. Immunol. – 2006 – N 21. – P. 206–211.

4. Herzberg, M. C. Effects of oral flora on platelets: possible consequences in cardiovascular disease / M. C. Herzberg, M. W. Meyer // J. Periodontol. – 1996. – N 67. – P. 1138–1142.

5. The Xerostomia Inventory: a multi-item approach to measuring dry mouth / W. M. Thomson [et al.] // Community Dent Health. – 1999 – N 16. – P. 7–12.

6. Грудянов, А. И. Заболевания периодонта / А. И. Грудянов. – М. : Мед. информ. агенство, 2009. – 328 с.

ПРИНЦИПЫ МИНИМАЛЬНОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ В РАБОТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Жаркова О.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Современная и грамотная стоматология – это атравматичная стоматология, отвечающая концепции минимальной инвазии и сохранению пульпы.

Подходы к лечению кариеса в XXI веке должны строиться строго по принципам минимальной интервенции:

1. Как можно раньше определить и оценить любые потенциальные факторы риска развития кариеса;

2. Предотвратить развитие кариеса путем полного устранения или сведения к минимуму факторов риска;

3. Восстановить, вылечить деминерализованную эмаль и дентин, а также защитить их от дальнейших повреждений;

4. Назначить пациенту режим повторных осмотров, частота которых зависит от степени подверженности пациента риску развития кариеса [1].

Построение работы врача-стоматолога по данным принципам позволяет сохранить стоматологическое здоровье пациента на долгие годы, снизить риск долгосрочных осложнений.

Замещение кариозных дефектов даже самым современным высокоэстетичным материалом иногда не решает проблему стоматологического здоровья как на уровне одного зуба, так и на уровне общего стоматологического здоровья пациента. Необходимо отметить, что при ряде клинических ситуаций и у категории пациентов, относящихся к группе риска повышенного развития кариеса, не всегда первично показан для реставрации кариозных полостей композиционный материал.

Установлено, что при лечении пациентов со сниженной кариесрезистентностью твердых тканей зубов, с высокой и очень высокой степенью активности кариеса характерен более значимый процент неудач при реставрационной терапии с использованием композиционных материалов, меньший срок службы данных реставраций, а так же высокий процент развития осложнений после лечения кариеса [1,2].

Восстановление зубных тканей, значительно поврежденных в результате декальцинации или другими факторами, реставрациями из композиционных материалов не гарантирует долговременные положительные результаты стоматологического лечения, что в последующем может сказаться на авторитете доктора. Лечение поврежденных твердых тканей зубов способных к реминерализации и восстановлению у таких пациентов должно осуществляться через «отсроченную» или постоянную реставрацию с использованием усовершенствованных стеклоиономерных цементах (СИЦ).

Благодаря минерализующему эффекту СИЦ деминерализованные ткани (эмаль, дентин) способны реминерализоваться, становиться более плотными, кариесрезистентными, тем самым происходит остановка распространения инфекционного начала за пределы кариозного очага и соответственно прекращаются отрицательные воздействия на пульпу зуба. Вышеперечисленные процессы происходят так же и благодаря наличию у структур зуба способности к восстановлению и реминерализации, о которой многие клиницисты забывают и порой сразу идут на эндодонтическое лечение, сразу лишая витальности зуб.

СИЦ – это единственный материал, который может простить погрешности в препарировании и позволяет доктору убрать весь инфицированный дентин и оставить на дне кариозной полости

деминерализованный дентин, способный к реминерализации. Тогда как постановка композиционного материала требует плотных здоровых твердых тканей и тщательного препарирования. Как известно, адгезивная система композиционного материала не способна образовывать прочную связь с гипоминерализованным дентином. Компоненты адгезивной системы не способны диффундировать на всю глубину разрушенного деминерализованного дентина, ослабленного еще дополнительно протравливанием, в ходе которого тоже уничтожается часть минерального матрикса. Гибридный слой не способен образовываться в этих зонах полноценно, в результате чего формируются слабые звенья в реставрации. Все это приводит к ухудшению адгезии, развитию послеоперационной гиперестезии, рецидиву кариеса и воспалению пульпы зуба.

СИЦ являются материалами выбора в следующих клинических ситуациях:

1. Незаменимы у пациентов с низкими показателями кариесрезистентности твердых тканей зубов; с активным и часто рецидивирующим кариесом, как вариант постоянного и «отсроченного» пломбирования.
2. Неудовлетворительная гигиена полости рта (группа пациентов, плохо поддающихся мотивации).
3. Субгингивальные кариозные разрушения.
4. Некариозные поражения твердых тканей зуба (при данной патологии происходит изменение структуры эмали и дентина и адгезивные системы композиционных материалов, рассчитанные на нормальное строение этих тканей, могут оказаться малоэффективными).
5. Невозможность технически обеспечить полную изоляцию полости от влаги.
6. Лечение детей, подростков, пожилых пациентов.
7. Низкий исходный уровень минерализации твердых тканей зуба, лечение начального кариеса, вариант «переходной герметизации» незрелых фиссур.
8. Как необходимая альтернатива адгезивной технике в методике «сэндвич».

Выводы.

1. Выбор реставрационного материала должен строго базироваться на клинических показаниях, учитывая факт необходимости реминерализующего лечения зубных тканей.
2. Конечной целью реставрации должно стать восстановление биологической и функциональной полноценности зуба как органа и предупреждение распространения инфекционного начала за пределы очага, что является важным аспектом работы врача-стоматолога, работающего в полном соответствии с концепцией минимальной интервенции.

Литература:

1. Suda, T. Dentin Remineralisation Effect of Novel GIC Incorporating Calcium and Phosphate / T. Suda, F. Fusejima, T. Sakuma. Abstr.t 3081 – IADR Seattle 2013.

2. Dominici, D. Diagnostiquer et traiter l'Hypominéralisation Molaire-Incursive (MIH) / D. Dominici, O. Chabadel, E. Trzaskawka-Moulis // Alpha omega news. – 2015. – № 170.

БИОПЛЕНКИ СТАФИЛОКОККОВ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ

*Кабанова А.А., Плотников Ф.В., Кabanова С.А.,
Мовсесян Н.А.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. В современной медицине стремительно возрастает необходимость в повышении эффективности антимикробной терапии. С одной стороны, постоянно увеличивается число заболеваний, основным этиологическим фактором которых являются различные микроорганизмы, с другой стороны, диагностика и терапия заболеваний, вызванных бактериями и грибами, остаются недостаточно результативными и часто не позволяют помочь пациенту [1]. Установлено, что в естественных условиях все микробы существуют не как некоторое количество самостоятельных и изолированных клеток, а находятся в составе биопленок [2]. Биопленка — сообщество микробов, которые прикреплены к поверхности или друг к другу, заключены в матрикс синтезированных ими внеклеточных полимерных веществ, имеют измененный фенотип, проявляющийся другими параметрами роста и экспрессии специфичных генов [3]. Такая форма существования предоставляет бактериям массу преимуществ в условиях воздействия неблагоприятных факторов внешней среды и организма хозяина [4]. Считается доказанным, что биопленка повышает вирулентность и патогенность всех возбудителей. Подсчитано, что частота инфекций, обусловленных биопленкой, особенно в развитых странах мира, составляет 65%-80% [5]. Характерное свойство всех биопленок – их поразительная устойчивость к физическим и биохимическим воздействиям, включающая антибиотикорезистентность [2]. Несмотря на то, что эта устойчивость признана много лет, ее биологическое обоснование до сих пор до конца не изучено.

Цель – определить чувствительность стафилококков к антибиотикам с учетом способности формировать биопленки.

Материал и методы. Забор микробиологического материала проводили в стоматологическом отделении Витебской областной клинической больницы в 2016-2017 году. Идентификацию микроорганизмов проводили с помощью тест-систем. Определяли способность